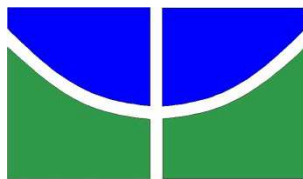


UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

A REFORMA PSIQUIÁTRICA INTERPRETADA SOB A ÓTICA DO CUIDADO EM  
SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

**PRISCILLA DUHAU BRAGGIO**

Brasília, 2º semestre de 2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – FACULDADE DE CEILÂNDIA

A REFORMA PSIQUIÁTRICA INTERPRETADA SOB A ÓTICA DO CUIDADO EM  
SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

PRISCILLA DUHAU BRAGGIO

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de  
graduação em Saúde Coletiva, da  
Universidade de  
Brasília/Faculdade de Ceilândia,  
como requisito parcial para  
obtenção do título de Bacharel em  
Saúde Coletiva.**

**Orientador: Prof. Dr. Pedro de Andrade Calil Jabur**

BRASÍLIA  
2013

Dedico este trabalho à minha mãe e à minha irmã, Kátia Duhau e Patrícia Duhau, pelo apoio irrestrito em todos os momentos de minha vida e pelo amor incondicional que me ajudou a conquistar mais esse objetivo na vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar ao meu orientador Pedro de Andrade Calil Jabur, pela paciência, orientações precisas e por ter sido meu mentor durante minha vida acadêmica.

Agradeço também à minha família por sempre ter sido o suporte ideal e necessário quando eu precisei.

E, por fim, a todos aqueles que, de maneira direta ou indireta, deram sua importante contribuição para o desenvolvimento deste trabalho.

Muito obrigada.

*“Sem dúvida, há muitos meios de encontrar a saúde atualmente; mas é necessário, antes de tudo, reduzir essa tensão do sentir, esse fardo opressor da cultura, algo que, mesmo sendo obtido com grandes perdas, nos permitirá ter a grande esperança de um novo Renascimento.”*

*(Friedrich Nietzsche)*

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica pode ser compreendida como o primeiro grande marco de lutas de caráter reformatório voltadas para a Saúde Mental no Brasil. Juntamente a essa concepção antagônica aos modelos tradicionais da Psiquiatria, surgem os conceitos de cuidado, especialmente o cuidado em Saúde Mental, que tem como objetivo reestabelecer o estatuto de pessoa aquele sujeito que está ocupando um lugar de não-pessoa na sociedade, além de assegurar sua autonomia e a total atenção às suas subjetividades como indivíduo. O objetivo desse trabalho foi, portanto, estabelecer essa relação entre o que foi preconizado pela Reforma Psiquiátrica e as noções de cuidado no âmbito da Saúde Mental.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica; cuidado; Saúde Mental.

## **ABSTRACT**

The psychiatric reform can be understood as the first major milestone of fights reformatory character geared for Mental Health in Brazil. Along with this conception antagonistic to traditional models of Psychiatry, arise the concepts of care, especially care for Mental Health, which aims to restore the statute of person, the person who is occupying a place of non-person in society, as well as ensuring their autonomy and total attention to their subjectivities as an individual. The aim of this study was therefore to establish the relationship between what was recommended by the Psychiatric Reform and the notions of care under the Mental Health

**Key-words:** Psychiatric Reform; care; Mental Health.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>08</b> |
| <b>2 METODOLOGIA .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>3 CAPÍTULO I: A Reforma Psiquiátrica .....</b>   | <b>13</b> |
| <b>4 CAPÍTULO II: O “cuidado” em suas diferentes formas .....</b>   | <b>20</b> |
| <b>5 CAPÍTULO III: Análise entre os preceitos da Reforma Psiquiátrica e a noção de<br/>cuidado em Saúde Mental.....</b> | <b>29</b> |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>45</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA .....</b>   | <b>48</b> |



## 1. INTRODUÇÃO

A loucura sempre foi considerada um assunto delicado de ser abordado, uma vez que os ditos loucos ainda representam no imaginário social aqueles que fogem completamente a uma razão idealizada e construída culturalmente em nossa sociedade, ou seja, aqueles totalmente desprovidos de razão.

A institucionalização dos sujeitos em sofrimento psíquico sempre foi considerada a prática ideal de tratamento dessas pessoas, já que a loucura antigamente deveria ser totalmente contida, já que a burguesia pregava padrões sociais e tinha a necessidade de fazer uma verdadeira higienização das cidades para que as mesmas se vissem livres daqueles que a sujavam, segundo os ideais da época.

Após vários processos de transformação do real conceito de loucura e, conseqüentemente, das formas de tratamento que a mesma deveria passar para ser enfim controlada, o enfrentamento das questões normatizadoras e institucionalizantes da loucura foi cada vez tomando formas mais nítidas, culminando, enfim, em todos os processos inscritos e circunscritos em relação à Reforma Psiquiátrica brasileira.

Após anos de lutas desde os primeiros ideais pertencentes à Reforma Psiquiátrica, o campo da Saúde Mental no Brasil deu importantes passos em direção a uma melhoria significativa na tentativa de compreensão dos chamados sujeitos em sofrimento psíquico. Sujeitos esses que passaram por séculos de um verdadeiro enfrentamento do estigma de abominação, aqueles que deviam ser curados a qualquer custo e, principalmente, aqueles que deviam necessariamente ser afastados do convívio social, pois representavam a escória.

Dessa maneira, esse trabalho tenta interpretar a Reforma Psiquiátrica sob um novo olhar dentro do campo da Saúde Mental, onde é o cuidado que está em voga,

ou seja, a necessidade de assegurar ao indivíduo em sofrimento mental todos os seus direitos como cidadão, bem como a compreensão plena de sua subjetividade e asseguuração de sua autonomia.

O termo “cuidado” sempre esteve presente nas concepções de saúde, tanto o cuidado de si, como também aquele que tem como objetivo o ato de cuidar do outro. Para isso, portanto, é preciso ter conhecimento dos conceitos institucionalizantes e civilizatórios aos quais as conhecidas como doenças mentais passaram ao longo das décadas.

Portanto, o presente trabalho faz uma relação entre as etapas mais importantes da Reforma Psiquiátrica brasileira e essa nova forma de enxergar o sujeito que durante muitos anos ficava apenas conhecido e estigmatizado como “o louco”.

É preciso, também, lembrar e destacar os avanços que já foram alcançados dentro da Saúde Mental, como é o caso da Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Nessa mesma Lei, o indivíduo passa a ter direito à prestação médica, ao melhor tratamento dentro do Sistema Único de Saúde de acordo com suas respectivas especificidades, à proteção de qualquer forma de abuso ou proteção, entre outros direitos assegurados em lei.

Esse trabalho teve como objetivo principal interpretar a Reforma Psiquiátrica brasileira sob a ótica do novo entendimento de cuidado em Saúde Mental, levando em consideração a historicidade da loucura, da própria Reforma e dos conceitos de cuidado ao longo dos séculos e, para isso, realizar uma pesquisa bibliográfica dentro dos principais autores e temáticas afins com o tema central desse trabalho.

Como objetivo secundário teve a necessidade de compreender todas as etapas que culminaram nos processos da Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como os vieses dessa bandeira que ainda são colocados em xeque atualmente. Além disso, também foi preciso realizar um histórico acerca do real conceito de cuidado em Saúde Mental e como o mesmo veio sofrendo significativas transformações ao

longo dos anos. Por fim, foi preciso construir uma relação logicamente fundada entre as premissas da Reforma Psiquiátrica e à atual interpretação dada ao conceito de cuidado dentro do âmbito da Saúde Mental.

## 2. METODOLOGIA

O estudo desse trabalho é do tipo revisão bibliográfica, onde, segundo Traina & Traina Jr. (2011), esse tipo de pesquisa tem como objetivo auxiliar na redação de um texto maior, ou um projeto, onde o autor terá que discorrer com suas próprias palavras, mas, ao mesmo tempo, utilizar de conceitos reunidos e sintetizados de outros autores acerca do tema em questão. Para isso, a pesquisa bibliográfica tem sua base em livros e artigos científicos e é muito utilizada para a realização de trabalhos teóricos nos campos das ciências sociais.

Segundo Amaral (2007), a pesquisa bibliográfica é uma etapa importante e imprescindível para a realização de qualquer trabalho científico, as quais “consistem no levantamento, seleção, fichamento e arquivamento de informações relacionadas à pesquisa.”.

Já de acordo com Marconi & Lakatos (1992), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações. Ela pode ser considerada como o primeiro passo de toda a pesquisa científica.

O tipo de pesquisa quando aos objetivos desse trabalho é caracterizada como pesquisa exploratório-explicativa, já que, segundo Rodrigues (2007), esse tipo de pesquisa caracteriza-se por um levantamento bibliográfico com o objetivo de proporcionar maior finalidade para com o tema, além da tentativa de explicar e correlacionar dois fenômenos distintos.

Sendo assim, o presente trabalho teve como base principal o levantamento de dados acerca da Reforma Psiquiátrica de um modo geral, os principais conceitos históricos sobre o cuidado, mais precisamente conceitos concernentes ao âmbito da

saúde e, posteriormente, o cuidado dentro da própria Saúde Mental. Para isso foram utilizados artigos científicos, livros acadêmicos relacionados com o tema, relatórios de conferências, seminários e congressos, legislação referente ao tema, teses e dissertações.

Como critérios de inclusão foram selecionados artigos com as seguintes palavras-chaves: reforma psiquiátrica; cuidado; saúde mental; história da loucura. Além disso, os artigos selecionados tinham que atender concomitantemente na abordagem da Reforma Psiquiátrica juntamente com o cuidado em Saúde Mental.

Já em se tratando dos critérios de exclusão, foram excluídos artigos cujo tema principal já apresentava bastantes estudos sobre, como é o caso de artigos relacionados à história e ao histórico da loucura e também artigos e estudos muito abrangentes e que, portanto, fugiam ao tema central desse trabalho.

Dessa maneira, foram selecionados oito artigos de diversas áreas, dentre elas: Enfermagem, Saúde Coletiva, Direito e Psicologia. O recorte utilizado foram artigos publicados desde 2007 até o ano atual, 2013. A base de dados utilizada para o levantamento e seleção desses artigos científicos foi a SciELO. Para uma melhor análise e organização desses artigos foi montada uma tabela contendo o título do artigo, o(s) nome(s) do(s) autor(es), a área a qual o artigo pertence e, por fim, seu ano de publicação.

### **3. CAPÍTULO I: A Reforma Psiquiátrica**

É possível afirmar que as mudanças no âmbito da saúde mental podem ser divididas em três grandes fases centrais, de acordo com a cronicidade dos fatos e a ordem crescente da evolução dos mesmos. A primeira fase corresponde ao asilamento e hospitais psiquiátricos existentes durante os anos de 1880 a 1955, sendo que no Brasil isso ainda se estendeu após a década de 50; o período pós II Guerra Mundial com o começo do declínio da ideia de institucionalização e isolamento; e, em última instância, o início de todos os processos e lutas de caráter reformatório que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a culminância da Reforma Psiquiátrica brasileira. (MARI, 2011).

No período compreendido como primeira fase das ditas mudanças concernentes à saúde mental, correspondente do século XIX ao século XX – ainda que as instituições psiquiátricas já datassem do século XVIII –, era fortemente estabelecida a concepção social de que o louco deveria necessariamente estar hospitalizado e/ou institucionalizado. Concepção essa que levou ao grande superpovoamento dos hospícios da época e, conseqüentemente, à precarização destes mesmos locais de internação dos indivíduos concebidos como alienados.

A concepção geral e social era de que o louco representava uma verdadeira afronta à moral dos cidadãos ditos sãos, além do fato de pessoas com transtornos mentais serem consideradas de alta periculosidade para toda a sociedade em si. Essa concepção era respaldada pelo modelo de assistência psiquiátrica vigente no Brasil, ao qual era pautado na legislação de 1934, que estabelecia “a hospitalização e o asilamento do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública”. (GONÇALVES, 2001).

Quando o foco passa a ser os trinta anos após a ditadura brasileira fica ainda mais evidenciada a história de descaso durante o período que vigorava os modelos tradicionais que eram empregados no tratamento do doente mental. Como pode ser

exemplificado com o que Costa (1987 apud Goulart, 2006) disse ao constatar que a assistência psiquiátrica dos anos 80 representava uma verdadeira “rede de desumanidade, de ignomínia”. Tal modelo assistencial psiquiátrico, onde a psiquiatria via a internação como a cura para todos os males, é advindo de um período ainda mais remoto, tendo seu ápice nos anos 70, apresentando consequências devastadoras e características dominadoras, como explica Goulart (1992 apud Goulart, 2006 p. 4):

Esta rede assistencial operava com um modelo terapêutico precário, que se apoiava no uso indiscriminado de psicofármacos e no isolamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos. Seus resultados mais palpáveis foram: superlotação dos hospitais psiquiátricos, iatrogenia, cronificação, altos índices de mortalidade e segregação dos usuários.

A segunda fase tem seu início após a II Guerra Mundial, na Europa e nos EUA, este último durante o governo Kennedy com o Plano de Saúde Mental, com as primeiras noções e conceituações acerca de desinstitucionalização e desospitalização. (AMARANTE, 1994, p. 15). Era o início dos ideais de transformação da assistência psiquiátrica, onde já se levava em conta a diminuição dos leitos nos hospitais psiquiátricos e uma implementação de um novo cuidado para com o doente mental. Entretanto, pode-se dizer que a concepção de desinstitucionalização dessa época era algo mais voltado para interesses administrativos, onde havia intenções de redução dos custos de assistência para o Estado. (HIRDES, 2009)

Outro grande erro ocorreu na década de 60, onde havia a concepção de que a doença mental poderia ser prevenida e evitada em indivíduos que já apresentavam “predisposições” para a mesma, com a Psiquiatria Preventiva. Pregando medidas preventivas tais como o monitoramento de locais de convívio, como escolas, locais de trabalho, etc., para que se pudessem detectar fatores de risco que seriam capazes de “ativar” a doença mental nesses indivíduos já predispostos. O discurso era de que se passaria a atuar no nível primário da doença, prevenindo-a, e, conseqüentemente, não necessitando mais dos hospitais psiquiátricos. Como grave

consequência desse dito novo modelo psiquiátrico, houve, conjuntamente, a não preocupação com o desenvolvimento do cuidado integral, levando a um grande aumento da desassistência dos doentes mentais vindos dos hospitais psiquiátricos. (ALVES & GULJOR, 2008).

O começo das grandes mudanças em território brasileiro – algo que corresponde à terceira e atual fase do processo de mutação das concepções em saúde mental – inicia-se no final da década de 70 com a grande inspiração italiana proveniente de Franco Basaglia e seus ideais antimanicomiais e desinstitucionalizantes. Em um período marcado por lutas e ações de militância, logo após a ditadura militar brasileira, nascem os primeiros ideais de reforma, não só da saúde mental em si, como também da saúde dos cidadãos brasileiros de forma geral.

A Reforma Psiquiátrica está deveras atrelada à Reforma Sanitária brasileira, uma vez que predominava uma aura geral de lutas e ativismos políticos. (CAVALCANTI, 2008). Surge então o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, devido a constantes e cada vez mais frequentes denúncias das péssimas condições às quais o doente mental era submetido e à precarização dos serviços dos profissionais de saúde dessa área, culminando na greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental. (YASUI, 2010).

No ano de 1987 houve a realização do II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo, onde foi adotado o lema “Por uma sociedade sem manicômios.”. Ainda em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Em 1989 há um grande avanço na caminhada para a melhoria da assistência em saúde mental com o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, ao qual propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

Esse marco foi um grande impulsionador para o surgimento de vários movimentos sociais na década de 90, objetivando sempre a substituição de forma progressiva dos leitos psiquiátricos e a criação de uma rede interdisciplinar de atenção à saúde mental. Como Hirdes (2009) explica, é também nessa década que



ocorre a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, onde:

os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário.

Após 12 anos de tramitação no Congresso é somente em 2001 que a o Projeto de Lei Paulo Delgado é aprovado, todavia foi sancionada, substituindo a original e entrando em vigor, a Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (BRASIL, 2001). Entretanto essa Lei não regulamentou de forma estritamente definida os mecanismos para a extinção progressiva dos manicômios, pauta essa que está presente nos atuais debates de caráter antimanicomial.

Entretanto, para atingir de fato todas as metas da Reforma Psiquiátrica é preciso, de antemão, estar a par do real conceito que a própria reforma oferece. A desinstitucionalização que a Reforma Psiquiátrica tanto prega é um processo social complexo e “não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos” (GONÇALVES, 2001, p. 50), mas sim a um conjunto de quatro dimensões propostas por Paulo Amarante, sendo elas: jurídico-política, epistemológica, técnico-assistencial e sociocultural. Na primeira dimensão, a jurídico-política, é preciso entender a Reforma Psiquiátrica como algo não somente pertencente ao campo cultural ou biomédico, mas como uma forte luta política que objetiva a transformação da sociedade.

A dimensão epistemológica diz respeito à necessidade de uma ruptura que as ideologias da Reforma Psiquiátrica têm que realizar com os saberes e as tradições da psiquiatria, uma vez que a mesma pode ser considerada como uma prática disciplinadora, pois, como afirma Cavalcanti (2008, p. 1962), “a psiquiatria nasceu associada às suas formas institucionais de cuidado, e o seu início confunde-se com

o próprio surgimento dos asilos”. Sendo assim, o modelo psiquiátrico é algo que deve ser abominado pela Reforma para que essa última consiga de fato enraizar-se nos modelos de assistência em saúde mental e promover uma nova estratégia e um novo cuidado em saúde mental.

Segundo Alves & Guljor (2008), “a ruptura com o paradigma tradicional desloca o objeto de cuidado da doença para o sujeito em sofrimento”, dando, assim, o aspecto necessário que o sofrimento mental necessita ser tratado e interpretado. O cuidado para com o sofrimento mental, ou seja, o respeito a toda e qualquer subjetividade que este primeiro necessita, a consideração da importância das vivências de cada um, bem como suas individualidades e não uma forma de agrupar o doente mental em uma categoria pré-estabelecida e, por isso, fácil de ser tratada e passível de qualquer forma de assistência que seria dada para toda e qualquer doença mental, segundo os saberes psiquiátricos tradicionais.

A terceira dimensão, ou a dimensão técnico-assistencial, concerne ao fato da necessidade de uma nova organização dos serviços, onde é preciso haver uma reestruturação da práxis dos profissionais atuantes no âmbito da saúde mental. Essa práxis tem que abranger, no mínimo, ações voltadas para o território, acolhimento, responsabilização, cuidado, intersectorialidade e projeto terapêutico (YASUI, 2010).

Por fim, há a quarta e última dimensão: a sociocultural. Essa dimensão versa sobre a percepção social do louco e da loucura e o que ela pode e influencia nos processos de desinstitucionalização. A Reforma Psiquiátrica seria então um processo civilizatório, pois almeja se distanciar do conceito de bárbaro, ou seja, tudo aquilo que é contrário ao civilizado (YASUI, 2010). É preciso uma gama de processos intrincados e complexos para atuar no senso comum de uma sociedade e no imaginário da mesma. Talvez aí resida o maior viés que a Reforma esbarra, pois essa dita transformação social pode ser considerada algo utópico, uma conquista quixotesca, pois mexer com valores extremamente arraigados e intrínsecos ao pensamento social é algo de uma complexidade colossal.

Ainda sobre a real conceituação da desinstitucionalização, Amarante (1996) traz três olhares importantes sobre a mesma, que são: a desinstitucionalização

como desospitalização, onde há uma maior carga de interesses administrativos por parte do Estado; a desinstitucionalização como desassistência, que diz respeito a “abandonar os doentes à própria sorte”, conceito esse usado por pessoas ou instituições que têm interesse de cunho econômico na institucionalização do louco, como é o caso da indústria farmacêutica; e, por fim, a desinstitucionalização como desconstrução, que nada mais é do que a necessidade de segregação dos saberes da Reforma para com os saberes da psiquiatria tradicional.

Como última análise é preciso reconhecer todos os avanços e as evoluções que a Reforma Psiquiátrica brasileira já obteve desde os seus primórdios até a atualidade, pois tais processos reformatórios estão em constante mutação e precisam ser reavaliados frequentemente. Segundo Valadares (2010, p. 573):

A Reforma Psiquiátrica brasileira vem se consolidando enquanto modelo assistencial nos últimos 30 anos. Os avanços alcançados nesse período são inegáveis, como explicitado no Relatório de Gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental onde se percebe a redução do número de leitos de longa permanência, a abertura, a diversificação e a interiorização dos serviços Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a construção de uma rede de serviços e estratégias de atenção como os Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos de atenção integral em hospitais gerais, consultórios de rua, integração da rede à Estratégia Saúde da Família (ESF), construção de políticas de geração de renda, entre outros.

Entretanto, é sabido que a Reforma Psiquiátrica em nosso país ainda precisa conquistar novos avanços e enfrentar novos desafios e obstáculos, como os interesses escusos de instituições e/ou corporações que se beneficiaram de um não avanço ou de uma nova perspectiva em saúde mental, grupos antirreforma, a recusa ou a falta de informação da sociedade em participar mais ativamente das lutas da Reforma, os corporativismos médicos e a necessidade da aplicabilidade de saberes mais intersetoriais e multidisciplinares tanto para o doente mental, quanto para os familiares do mesmo e os núcleos sociais ao qual ele porventura está inserido.

Os profissionais responsáveis pela assistência às pessoas com sofrimento mental devem estar sempre preocupados com a intersectorialidade, a integração e a integralidade dos serviços assistenciais, mesmo na atenção primária, mas, ao mesmo tempo, não conferir ao sofrimento mental algum tipo de carácter simplista, como o fruto de um sofrimento da vida cotidiana, por exemplo. A subjetividade deve, também, estar sempre na preocupação desses profissionais, sabendo que a individualidade de cada paciente é imprescindível para o provimento do melhor tratamento, ou da melhor técnica assistencial certa e específica para aquele usuário (ALVES & GULJOR, 2008).

Por último, se faz necessário compreender a Reforma Psiquiátrica sob olhares e perspectivas mais amplas, pois, segundo Gonçalves (2001, p. 51),

o que se espera da Reforma Psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

#### 4. CAPÍTULO II: O “cuidado” em suas diferentes formas

Apesar da atualidade do conceito do cuidado, o mesmo advém de períodos bastante remotos, tendo dado os seus primeiros passos nos tempos socrático-platônicos, passando por verdadeiros altos e baixos conceituais durante toda sua trajetória. Pode-se dizer que a noção de cuidado teve seu surgimento juntamente com os pensamentos filosóficos datados da época da Grécia Antiga, mas, ao mesmo tempo, também foi nesse período em que essa noção sofreu algo que Foucault chamou de “uma quase morte filosófica do ‘cuidado’”. Além disso, essa “morte” poder ser dividida em dois momentos, ainda segundo Foucault, que seriam o de “desprestígio moral” e o “momento cartesiano”, com a superestimação da razão e o desaparecimento do conceito original do cuidado (MUCHAIL, 2011).

A respeito da ascensão e queda do conceito de cuidado, essa última fazendo uma alusão à marginalização sofrida por essa prática, é possível dizer que os filósofos gregos primavam pela máxima do “conhecimento de si”, o que pode ser interpretado como a primeira noção de cuidado. A partir daí, então, começam a ocorrer uma série de transformações e mutações desse conceito, como é o caso do “cuidado de si” ser algo relacionado ao politeísmo da época, sendo uma incumbência dos deuses, com o papel de despertar a inquietação, segundo Sócrates. E ainda após Sócrates esse conceito tomou a forma de algo com características mais pulverizadas concernentes a sua aplicabilidade, remetendo a uma “atitude geral” voltada para a purificação, com nuances de esoterismo (MUCHAIL).

A marginalização do conceito do cuidado foi um fenômeno bastante representativo, tendo, como um exemplo de hipótese para que isso ocorresse, a inversão para caráter negativo e individualista do “cuidado de si” como algo não mais concebido e pautado por um conceito coletivo. Fortíssimos contextos históricos de características e de cunho individualista arcabouçaram e encadearam essa mudança, como é o caso do período helenístico – período compreendido entre a

morte de Alexandre, o Grande (323 a.C.) e a anexação da península grega por Roma (146 a.C.) – onde havia uma aura de sincretismo dos conceitos filosóficos gregos, quase intocáveis anteriormente, devido ao período de dominação ao qual a Grécia estava passando, culminando na ascensão da ciência e do conhecimento.

Além do mais, foi um período entrecortado por grandes mudanças políticas, uma miscigenação de povos resultantes das inúmeras conquistas de Alexandre, o Grande e pela difusão da cultura grega. Entretanto é preciso tomar cuidado para não tomar o período helenístico como um abstrato personagem histórico egoísta e individual no estrito sentido da palavra, mas pensá-lo como um período onde houve a valorização da “cultura de si”, o relacionamento de si para consigo mesmo.

Entra aí o primeiro paradoxo do conceito de cuidado, as linhas de demarcação borradas entre as noções de “cuidado de si” como algo pertinente à concepção de si mesmo e, portanto, com seu sentido e conceituação ideais, e esse mesmo cuidado como sendo uma ação única e puramente individualista. Como afirma Muchail (2011, p. 54):

Este paradoxo, por sua vez, é reforçado por um fato que Foucault chama de “suplementar”, mas não menos importante. Com efeito, foi a partir da noção de “cuidado de si” que, precisamente na contramão da ideia de “individualismo”, se constituíram “as mais austeras, as mais rigorosas, as mais restritivas morais, sem dúvida, que o Ocidente conheceu”, inauguradas e praticadas não pelo cristianismo, como habitualmente se crê, mas pelas filosofias da época helenística e romana. Em suma, pois, de um lado, temos o “cuidado de si” invertendo-se em índice negativo e, de outro, seu papel de matriz das mais rigorosas regras morais.

Já no que diz respeito a um segundo paradoxo, há o envolvimento de questões tangentes ao cristianismo e a outras práticas esotéricas que buscavam e buscam o aperfeiçoamento espiritual e, para isso, a pregação do “não egoísmo”, resultando no desvio e no distanciamento do conceito original de “cuidado de si” sendo, como assim dito anteriormente, a relação de si para consigo. A complementariedade desses dois paradoxos constitui uma verdadeira barreira para

a evolução original do conceito de “cuidado de si” e, conseqüentemente, seu desprestígio.

Ainda na análise sobre todos os conceitos e contextos do cuidado, há a famosa fábula de Higino, que se dá da seguinte maneira:

Certa vez, ao atravessar um rio, Cuidado (Cura) viu um pedaço de terra argilosa. Ocorreu-lhe então a ideia de moldá-lo, dando-lhe forma. Enquanto pensava sobre o que acabara de criar, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que insuflasse espírito à forma que ele moldara, no que Júpiter o atendeu prontamente. Cuidado quis, então, dar um nome à sua criação, mas Júpiter se opôs, exigindo que ele, que lhe dera espírito, fosse também quem lhe desse o nome. Enquanto Cuidado e Júpiter (Zeus) disputavam sobre quem lhe daria o nome, apareceu a Terra que, tendo cedido parte de seu corpo para o que fora criado, queria também nomeá-lo. Diante de tamanha contenda, decidiram que Saturno seria o juiz da disputa. Saturno tomou então uma decisão equânime, proferindo a sentença: “tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito de volta; tu, Terra (Tellus), que cedeste do teu corpo, receberás o corpo de volta. Mas como foi Cuidado quem primeiro o formou, pertencerá a ele enquanto viver. E havendo entre vós disputo insolúvel sobre o seu nome, eu o nomeio: chamar-se-á ‘homem’, pois foi feito de húmus (terra fértil)”.

Segundo Costa (2009), essa mesma fábula explicita a não distinção entre o cuidado e a vida do homem, uma vez que “ambos entrelaçam-se, confundem-se numa só unidade: o homem, vivendo, cuida; cuidando, vive.”.

É preciso interpretar o cuidado como algo extremamente intrínseco à vida de todo e qualquer ser humano, tanto o cuidado de si mesmo, quanto o cuidado pelo outro que, no final das contas, ainda configura cuidado de si. Uma verdadeira ferramenta que pode ser utilizada com o propósito de estabelecer um vínculo entre o próprio ser do ser humano e aquilo que o mesmo quer alcançar, seus desejos de vida, na maneira com ele quer conduzir suas experiências vivenciais.

A estrita relação entre o ato de cuidar e o viver fica cada vez mais indissolúvel quando pensada mais a fundo, uma é indistinguível da outra, não se desvencilha ou desvia seu caminho conceitual e existencial. Ainda nas palavras de COSTA (2009, p. 33):

Considero, por fim, que o cuidado é um fenômeno, um estado de *ânimo* que sempre nos acompanha e nos *anima*. É anterior a qualquer escolha que possamos fazer. Não é, por isso, uma atitude isolada que uma pessoa possa ter para consigo mesmo: todos, sem exceção e por todo o tempo, cuidamos. O fundamento sobre o qual isto se assenta, em instância última, é a morte ou, antes, *saber* da nossa destinação inevitável a ela. Cuidar de si mesmo apareceria assim, como uma expressão por demais redundante, uma vez que compreendida como o estado em que sempre já nos encontramos. Numa palavra: viver é cuidar.

Voltando novamente no tempo, na época dos saberes gregos da Antiguidade, encontramos um dos grandes debates filosóficos da época, o real conceito de *eudaimonia*, palavra grega que pode ser traduzida como “felicidade”, mas que, de fato, abrange muito mais do que isso, ou seja, um estado de gozo pleno, de realização total. Sendo assim, o *télos* do ser humano, ou seja, o fim último de sua existência, sua “função” primordial, é alcançar a tão sonhada *eudaimonia*, assim como o *télos* de uma faca é cortar, num exemplo extremamente simplificado. O homem não tem somente a necessidade de estar vivo, mas procura ávida e incessantemente pelo seu bem-estar, pela sua própria concepção de felicidade. Sendo assim, o indivíduo cuida para que isso ocorra, preocupa-se com sua vitalidade e o modo como conduz sua vida.

Talvez aí resida um questionamento filosófico que pode ser redirecionado e reinterpretado dentro do âmbito do cuidado e do cuidado em saúde mental mais especificamente, onde o indivíduo em estado de sofrimento mental, assim como qualquer outro ser humano concebido como dotado de razão plena, também almeja alcançar a *eudaimonia* ou a felicidade e, para isso, é preciso que seus direitos básicos, aqueles inerentes a todo e qualquer ser humano, sem haver a necessidade



de alguém ou algum documento legal dizer que é preciso, sejam assegurados, principalmente seu direito à individualidade, subjetividade e autonomia.

Assim como qualquer um de nós, o doente mental deve estar inserido em contextos sociais tomados como intrínsecos a todos nós e não como um sujeito que deva permanecer isolado ou excluído da sociedade para, somente então, iniciar-se algum tipo de tratamento concebido como ideal ou eficaz somente nessas circunstâncias.

É o próprio cuidado, segundo Plastino (2009), que vai assegurar ao sujeito ao sua reinserção social, onde é preciso haver uma preocupação com a singularidade do indivíduo e sua consequente subjetividade, para, somente então, ele próprio compreender-se como parte integrante do todo e assim reconhecer-se.

Após essa série de mudanças do conceito de cuidado, o mesmo foi tomando formas cada vez mais modernas e adequadas aos moldes contemporâneos, ainda mais no que diz respeito a sua aplicabilidade. Entretanto, é preciso compreender o cuidado assim como o conceito de saúde, ou seja, não há um conceito pétreo e regularizado propriamente dito, mas sim uma série deles, cada qual com a sua verdade e inserindo no gigante prisma das interpretações sua ótica, para que, aquele que olhar através desse prisma, possa, enfim, formar sua ideia e o conceito que melhor lhe convir de acordo com “as lentes” as quais ele enxerga o mundo.

Todavia, além de todas essas análises conceituais e das diferentes maneiras que o cuidado pode ser interpretado, é necessário considerar as conotações negativas que o mesmo veio recebendo ao longo das décadas, principalmente no que diz respeito à atualidade, como é o caso de disputas econômicas no âmbito da saúde, a não inserção do sofrimento do paciente como aspecto central para o cuidado do mesmo, o privilegiamento de questões de caráter econômico e comercial, além de outros aspectos que “esquecem” da real proposta do cuidado e só visam uma resolução imediata.

Ainda no âmbito dessas implicações negativas que o cuidado pode apresentar, há também a contradição do exagero do cuidado, ou seja, uma

demasiada subjetividade na interpretação do sofrimento do outro, por exemplo, fazendo com que o excesso também seja tão errôneo quanto a falta.

Devido à complexidade do assunto, é preciso ter em mente que mesmo o cuidado tendo sua ênfase na asseguuração da autonomia do sujeito, ainda assim não se pode excluir totalmente a existência daqueles que supostamente estão mais aptos para isso, profissionais padronizados pelo conceito biomédico, mesmo que no final das contas não seja questão de maior ou menor aptidão.

Não é possível e não é correto utilizar-se de uma ideia utópica de uma sociedade sem médicos, sem medicalização, sem os modelos biomédicos já tão enraizados em nossa cultura. É preciso compreender a existência desses processos e “organizações” como um “mal necessário”, mas que necessita de uma verdadeira delimitação de seu campo de ação, representando até onde essas práticas podem chegar e intervir (CAMARGO JR., 2009).

Segundo Pinheiro & Guizardi (2009, p. 23),

quando nos reportamos à noção de cuidado, não apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser. É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social.

Dessa maneira, é preciso entender o cuidado como algo que surgiu da crítica aos discursos tradicionais de saúde, que influenciaram e continuam influenciando toda uma geração de profissionais da saúde, quanto de cidadãos de uma forma geral, com seus famigerados pressupostos institucionalizantes e biomédicos.

Afunilando mais o conceito de cuidado e adentrando mais ainda o mundo da saúde mental, ao se fazer a correlação entre esses dois polos, há uma série de vieses que podem ser interpretados sob a ótica do cuidado e como o mesmo é aplicado à psiquiatria, de uma forma errada ou não.

Voltando para Alves & Guljor (2008), um grande aspecto negativo que o cuidado toma é quando ele é aplicado ao conceito de intensidade, preconizado pela psiquiatria tradicional. De maneira sintética: “para problemas de intensidade mínima, o ambulatório; problemas de intensidade média, o hospital-dia; e problemas de grande intensidade, o hospital psiquiátrico”.

Uma inevitável consequência para esse tipo de modelo é a fragmentação do serviço e da assistência, já que há uma quebra de um vínculo previamente estabelecido na vivência do usuário, que se vê obrigado a se acostumar novamente com uma equipe de assistência ou um tipo de serviço totalmente novo e, sendo assim, fragilizando tanto essas relações humanas preestabelecidas, quanto seu quadro clínico que, de uma maneira ou de outra, reflete no modo como esse usuário encara a vida e tudo ao seu redor.

Ainda segundo os mesmos autores, para a conceituação de cuidado e para uma maior aproximação desse conceito, utilizam-se do conceito de Boff (2000), que diz que

o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Afirmando ainda algumas “premissas fundadoras” para esse conceito, há o que os autores chamam de “liberdade em negação ao isolamento”, ou seja, a não mais necessidade de afastar o indivíduo de seu meio social para, só então, prover-lhe algum tipo de tratamento. Sendo assim, o sujeito não precisa mais estar isolado para, teoricamente, ser tratado como deve ou até para que esse tratamento seja eficaz. É preciso focar na capacidade que esse cidadão tem de prover a si mesmo, de ser capaz de ser dono da própria vida, cuidando para que ele tenha os instrumentos e as ferramentas necessárias para isso.

Uma outra premissa diz respeito à “integralidade em negação à seleção”, que nada mais é do que não mais ver a doença como foco principal daquele indivíduo,

mas sim seus projetos de vida, o modo com que o mesmo conduz sua vida, com que a leva, e não somente focado na redução ou eliminação dos sintomas, pois, de acordo com Nicácio (1994 apud Alves & Guljor, 2008):

O cuidar de uma pessoa se traduz na atenção que tem como perspectiva a globalidade e não a identificação do sintoma. Isto não quer dizer negar os sintomas, mas capacitar a instituição para, ao compreender e dialetizar essa expressão, ir ao encontro de uma história (...).

E, por fim, há uma terceira premissa, que é a do “enfrentamento do problema e do risco social em contraposição ao modelo nosológico”, ou seja, não se munir de questões simplistas para tratar do sofrimento mental, uma vez que a própria natureza desse sofrimento já apresenta um aspecto complexo e, por isso, o diagnóstico deixa de ser o aspecto central para a condução de algum tipo de tratamento da doença mental, mas sim compreender o social para tentar dar uma explicação ao processo de crise. Entretanto, para isso, é preciso desconstruir a ideia de que o profissional de saúde é o detentor de todo o conhecimento, é aquele que sabe o que é melhor ou não para seu paciente e é sempre o único cuja opinião tem que ser elevada ao nível máximo, impassíveis de contestação.

Desta forma, isso configura ao conceito de cuidado um aspecto infinito no que diz respeito às formas com que os que detêm algum tipo de sofrimento mental enxergam a vida, pois, à medida que seus direitos vão verdadeiramente se alargando, também aumentam, ao mesmo tempo e na mesma proporção, sua autonomia e seu reconhecimento próprio de autonomia.

É preciso dar a importância devida à autonomia do sujeito, não mais ter a cura como foco primordial, prover a esse sujeito todos os seus direitos enquanto cidadão, e outros inúmeros aspectos que fazem parte do conceito de cuidado e que precisam, constantemente, estarem sendo revisados e reavaliados, de acordo com a trajetória de vida do indivíduo, sempre em sua integralidade.

Além das premissas já supracitadas, é possível citar algumas “secundárias”, como, por exemplo, o objetivo último do cuidado em saúde mental ser a máxima

preservação da subjetividade do sujeito, juntamente com a assegução de sua necessária autonomia. Para isso, é necessário não focar no processo de cura, já que esse tem por essencialidade consertar algo que está errado ou que não está funcionando bem.

Sendo assim, cada indivíduo tem o seu caminho a seguir, por assim dizer. E, além de tudo, é preciso que o profissional de saúde que tenha que trabalhar com o cuidado em saúde mental respeite isso e, acima de tudo, trabalhe para que cada sujeito seja tratado como único, do jeito que deve ser, e não como um paciente dentre vários com o mesmo problema.

É preciso lembrar que o sofrimento de um paciente, por exemplo, deve ser concebido como um ponto de partida para a construção de um tipo de cuidado específico para aquele sofrimento em questão. No caso do indivíduo em sofrimento mental, ou seja, necessariamente precisando de um cuidado de terceiros, esse outro tem praticamente um dever ético, político e social de prover o cuidado integral ao indivíduo em sofrimento.

Para fechar, há a premissa voltada para o profissional de saúde, onde o mesmo tem que assumir um papel de “agenciador”, ou seja, responsabilizar-se por aquele sujeito com sofrimento mental e destituir-se da prática do encaminhar. O profissional precisar estar consciente das consequências que um serviço fragmentado traz ao indivíduo e, assim, ser capaz de compreender toda a trajetória de vida daquela pessoa, bem como suas especificidades e complexidades.

## 5. CAPÍTULO III: Análise entre os preceitos da Reforma Psiquiátrica e a noção de cuidado em Saúde Mental

Para uma análise mais aprofundada do cuidado em saúde mental em suas diferentes formas e empregabilidades, foi construída uma tabela (Tabela 1) com os artigos analisados concernentes ao tema.

**Tabela 1**

| <b>N.º</b> | <b>Título do Artigo</b>   | <b>Área</b>    | <b>Autor(es)</b>   | <b>Ano</b> |
|------------|---|----------------|--|------------|
| <b>1</b>   | “Cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia”                          | Enfermagem     | Maria Solange de Castro Ferreira e Maria Alice Ornellas Pereira                | 2012       |
| <b>2</b>   | “Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico”         | Saúde Coletiva | Carlos Estellita-Lins, Verônica Miranda Oliveira e Maria Fernanda Coutinho     | 2009       |
| <b>3</b>   | “‘A querela dos direitos’: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais” | Direito        | Rafael de Tílio  | 2007       |
| <b>4</b>   | “Práticas inovadoras para o cuidado em saúde”   | Enfermagem     | Sônia Barros, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e Ana Luísa Aranha e Silva | 2008       |
| <b>5</b>   | “A intersubjetividade no cuidado à Saúde  | Saúde Coletiva | Rosana Onocko Campos e Ivana   | 2011       |

|   |   |                |  |      |
|---|---|----------------|--|------|
|   | Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial” |                | Preto Baccari  |      |
| 6 | “Psychiatric care in the Brazilian context”   | Saúde Coletiva | Leandro Barbosa de Pinho e Luciane Prado Kantorski                       | 2011 |
| 7 | “Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços”                         | Psicologia     | Liliane Brandão Carvalho, Maria Lúcia Magalhães Bosi e José Célio Freire | 2008 |
| 8 | “O cuidado em saúde mental na atualidade”   | Enfermagem     | Lucilene Cardoso e Sueli Aparecida Frari Galera                          | 2010 |

No artigo de Ferreira & Pereira (2012), foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo que visou o entendimento de como os pacientes egressos de um Hospital Dia sentiam-se após terem recebido alta desse hospital, bem como a aceitação dos indivíduos à reinserção social.

A pesquisa foi realizada no ano de 2009, com nove pacientes egressos do Hospital Dia de Saúde Mental da Universidade Estadual Paulista, com idades entre 24 a 56 anos, indivíduos esses residentes no município de Botucatu, interior de São Paulo. A pesquisa também contou com as transcrições das entrevistas que foram guiadas dentro de dois eixos temáticos, “Possibilidades no Hospital Dia” e “Assistência à Saúde Mental após alta do Hospital Dia”. O primeiro eixo subdividindo-se em “Resgate da vida anterior” e “Local de acolhimento”, já o segundo eixo somente em “Busca de cuidado”.

As autoras trazem o conceito de Reabilitação Psicossocial como não sendo uma técnica de tratamento, mas sim com uso de técnicas e ações que visam o reestabelecimento da capacidade que indivíduo apresenta ou pode apresentar de gerar sentido. Entretanto, o que se vê hoje em dia muitas vezes é uma descontinuidade da atenção e assistência que deve ser dada ao sujeito com sofrimento mental, o que acaba ocasionando uma grande dificuldade de estabelecimento e resguardo da autonomia que deve ser dada ao indivíduo.

Além disso, Ferreira & Pereira ainda atentam para a necessidade de enxergar a doença mental mais como uma “doença humanizada”, onde esse deve ser o foco do cuidado dos serviços e dos profissionais de saúde atuantes nessa área. Ainda relatando que “desinstitucionalizar é ‘ultrapassar fronteiras sanitárias, enfrentar o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede”.

O fenômeno de fragmentação dos serviços pode implicar em uma verdadeira barreira para a necessidade que o cuidado tem de ser de forma contínua, já que, segundo as autoras, cada serviço dá sua contribuição e sua parcela para o processo de cuidado, todavia e logo após a assistência prestada, acontece um processo em que esse serviço exime-se de sua responsabilidade para com o indivíduo e aí, dá-se início, então, à descontinuidade do cuidado.

Isso ainda pode implicar no que as autoras chamam de “processo de objetivação do paciente”, já que o mesmo passa a sofrer uma série de encaminhamentos de um serviço para o outro, sem apresentar uma necessária intersectorialidade entre os serviços assistenciais.

A existência e presença das transcrições das entrevistas realizadas com os sujeitos em sofrimento mental denotam uma preocupação das autoras em dar voz a esses sujeitos, uma vez que a escuta é um processo importante dentro do cuidado desses indivíduos.

É preciso estar atento para a proposta de uma nova práxis do cuidar do indivíduo em sofrimento mental,



Considerando o contexto dos novos paradigmas da atenção em Saúde Mental, onde o enfoque do cuidado se desloca do diagnóstico para o indivíduo e seus problemas, a questão da integralidade necessita ser abordada, determinando um olhar integral da situação (FERREIRA & PEREIRA, 2012 p. 322).

O artigo de Estellita-Lins et al (2009), tem um grande enfoque na Psicanálise no âmbito clínico da Saúde Mental. Entretanto, os autores elucidam que a visão unicamente biomédica das doenças mentais, isto é, a importância dada somente à sintomatologia, é um aspecto que pode causar rigidez do entendimento do que é o sofrimento mental propriamente dito. Além da importância para esses indivíduos do estabelecimento de uma boa relação no contexto familiar, bem como o dia-a-dia, o lazer, o social, etc.

É preciso haver uma verdadeira reconstrução dos valores sociais que circundam as doenças mentais e as pessoas estigmatizadas como possuidoras das mesmas. Esses cidadãos, segundo os autores, precisam de ações promotoras de sua autonomia, tais como a necessidade de lidar com problemas cotidianos e o desenvolvimento da autoestima, além da asseguuração plena de sua cidadania.

Além disso, há também presente nesse artigo alguns conceitos do cuidado propriamente dito. Sendo assim, os autores trazem a visão do Acompanhamento Terapêutico em Saúde Mental, que pode ser visto como uma prática do cuidado inserida no meio social do próprio sujeito em sofrimento, que também tem como premissa levar em consideração o cotidiano desse indivíduo, além do reconhecimento das subjetividades de cada um.

Uma reflexão feita pelos autores diz respeito à questão cuidado estar atualmente muito atrelado ao domínio tecnológico, ou seja, de um lado há um conceito de cuidado muito mais etéreo que faz relação à própria prática de cuidar em si, já que há um entendimento de que o cuidar é uma atitude, algo mais abstrato que faz um desvio do problema clínico centra e mais imediato. Por outro lado e em contrapartida, há a interpretação onde o cuidado é visto, principalmente pelos campos da Enfermagem e da Psicologia, como algo mais interligado às práticas clínicas em Saúde Mental.

É possível identificar no atual cenário que ainda é feita uma coligação entre o ato de cuidar e o de curar, questão essa que pode ser identificada no senso comum que dita que só estamos cuidando de um indivíduo se estamos promovendo sua cura a qualquer custo.

O processo de “cuidar-curar” se faz muito presente no campo da Saúde Mental, um grande exemplo disso seria a priorização do uso de psicofármacos que têm o objetivo de reestabelecer a “normalidade” do cidadão, retirá-lo por completo de seu estado de delírio em que ele encontra-se sem dar importância às suas devidas necessidades.

O resgate das relações de poder entre o considerado não doente mental e aquele diagnosticado com algumas dessas doenças é novamente feito nesse artigo. Sempre há a concepção de que a pessoa sã e detentora do conhecimento científico é aquela pessoa considerada completamente apta a tratar, a orientar, a reajustar, a reeducar, a cuidar do indivíduo desprovido de todos esses valores sociais. Exatamente como dizem Estellita-Lins et al (2009, p. 211):

Cuidar do outro pode equivaler tanto a um saber o que fazer com o outro – cuidado meramente protocolar -, quanto a um querer-saber, feito de pura disponibilidade, que caracteriza o cuidar-tratar. “Eu cuido de você! Não porque eu devo ou preciso, mas porque posso.” Mesmo que um outro precise ou demande cuidados, existe ali um sujeito a ser cuidado, fato que leva em consideração o cuidado-de-si. Assim, constata-se que existe um manejo no cuidar que deve evitar atitudes que manipulem aquele que é cuidado, que “sabem o que fazer com ele”, como se, de antemão, o lugar de quem recebe cuidados fosse pré-ordenado e conhecido por aquele que cuida.

Ao se fazer uma análise do artigo de Tílio (2007), há um importante resgate histórico dos processos e fases que o conceito de loucura passou, como é o caso da loucura na Antiguidade não ser vista como uma doença, mas sim possessão pelos deuses.

É somente com Hipócrates (século I a.C.) que começa a surgir a visão mais organicista dos aspectos da loucura e a preocupação com a cura. Já na Idade Média a loucura passou a ser objeto da religião, uma vez que era considerada possessão demoníaca e não mais fazia parte do campo de entendimento e tratamento da Medicina.

Após as várias fases consecutivas, como é o exemplo do surgimento dos asilos com o objetivo único e exclusivo de higienizar as cidades e sem dar a menor importância para a cura, a “reeducação” pineliana e a tentativa de reinserção dos loucos nas cidades depois de curados, a medicalização da loucura durante os séculos XVIII e XIX, a hospitalização e o internamento como única saída possível para a promoção da cura do indivíduo, ainda há resquícios dessas práticas e saberes ordenadores, provocando “a mortificação, despersonalização e perda da identidade destes dificultando a reinserção social dos mesmos.” (TÍLIO, 2007, p. 198).

Além disso, o autor ainda traz a mudança organizacional das concepções de loucura não mais serem vistas como pertencentes ao âmbito das doenças mentais, mas sim ao âmbito da Saúde Mental. Após a OMS, em 2001, estabelecer um conceito de saúde de forma mais ampla e abrangente (saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social que vai além da simples ausência de doença), a Saúde Mental não se restringiu mais somente a detecção, diagnóstico e tratamento dessas doenças, como um verdadeiro “alargamento” dessas concepções do que é ser doente mental.

É no fim da década de 1960 e início da de 1970 que os primeiros ideais de antipsiquiatria começam a surgir, sendo essa a negação total da eficácia da Psiquiatria dentro do campo da Saúde Mental. Começa aí, portanto, as mudanças de arquétipos institucionalizantes e normatizadores para a importância de se dar voz a esses sujeitos, de assegurar e garantir seus direitos como cidadãos e de suas subjetividades.

Entretanto e mesmo após todas as lutas da Reforma Psiquiátrica, ainda há no saber social a interpretação de que o louco precisa de isolamento para obtenção da cura. Segundo Tílio (2007, p. 200):

Mesmo que as novas práticas terapêuticas advindas da Reforma Psiquiátrica (principalmente cessar castigos físicos e formas de opressão, transmutadas em sensível melhora de saúde dos acometidos) concebam o ato terapêutico como ato político de reinserção social dos acometidos na tentativa de resgatar suas dignidade, autonomia, direitos e subjetividade, há relações sociais que atravessam as instituições influenciando os profissionais e usuários em saúde mental como as advindas e formuladas pelo e no ordenamento jurídico.

E mesmo após a promulgação da Lei 10.216/2001 ainda há no imaginário social a questão de que o louco represente um perigo à sociedade, corrompidos moralmente, destituídos de razão e indivíduos desviantes das normas sociais. Isso pode ser visto na categorização dos doentes mentais como inimputáveis perante a Justiça, e segundo cada subdivisão da loucura o sujeito pode ser categorizado como imputável, semi-imputável e inimputável. Por exemplo, os esquizofrênicos são categorizados como inimputáveis, já os psicopatas como imputáveis, etc. Essas categorias só vêm para confirmar a negação do sujeito, a exclusão de suas subjetividades e direitos civis.

No artigo de Barros et al (2008), os autores trazem a preocupação para a reestruturação do modelo em Saúde Mental, deixando de ter a doença como foco e sim o sujeito-social como cerne de tudo, deixando também de priorizar única e exclusivamente a cura e dando maior importância às necessidades de saúde dos sujeitos.

É dada uma atenção ao profissional de saúde que tem que atuar diretamente nessa área da Saúde Mental, já o que mesmo tem a responsabilidade de reeducarem-se quanto às novas concepções que envolvem esses indivíduos, atentos a uma nova forma de produzir saúde. Segundo os próprios autores, “é

importante construir um olhar para o cuidado baseado no diálogo e na criatividade que possibilite a transformação social do papel dos profissionais (...).”.

São feitas distinções entre o cuidar e o tratar, onde o primeiro advém da tentativa de garantia e asseguuração da continuidade da vida, já o segundo seria com o objetivo de recuar a morte. O cuidado, portanto, passa a ser algo que sofre exclusão por parte do discurso biomédico e do estabelecimento das práticas dos saberes científicos. O ato de tratar, então, configura-se como o emprego de todos esses saberes na busca da prática curativa.

É preciso diferenciar o cuidado clínico da noção de um cuidado mais holístico, pois o primeiro tem sua base fundada na biomedicina e pode ser entendido como um tratamento moral (preconizado por Pinel), onde o tratamento é idealizado com base numa concepção do que é o adoecimento mental. Na Psiquiatria, dessa maneira, não é o cuidado que está em voga, mas sim o tratamento. Nas palavras dos autores:

Cuidar é uma atitude de responsabilização. Responsabilizar-se é ser capaz de responder, é trazer para si a função da resposta por determinada situação ou ato. É, portanto, assumir um ato como seu. A tomada de responsabilidade é um conceito derivado da psiquiatria democrática italiana que se tornou pregnante na reforma psiquiátrica brasileira. (...) A tomada de responsabilidade significa um direcionamento da atenção, levando em conta: a escuta; o acolhimento; a ética; a autonomia; o resgate da cidadania; a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social, dentre outros.

Para Campos & Baccari (2011), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) são uma conquista de extrema importância da Reforma Psiquiátrica, o que acabou acarretando uma diminuição significativa dos leitos psiquiátricos, o que é uma grande evolução no sentido do novo entendimento em Saúde Mental.

Segundo dados do relatório Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil – “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” do ano de 2005, o número de leitos psiquiátricos no SUS

no ano de 1996 era de 72.514. No ano 2000 esse número passou pra 60.868 e em 2005 já era de 42.076 (segundo dados do SIH/SUS até o ano 2003 e do PRH/CNES de 2004 em diante). Já no que diz respeito ao número de CAPs, em 1990 esse número era somente de 12 unidades, sendo que em 2000 o número já subiu para 208 unidades e em 2005 para 689 unidades em todo o país.

As autoras ainda trazem uma importante reflexão, a conexão entre os campos da Saúde Mental e da Saúde Coletiva, onde a interface entre esses dois mundos viabilizaria uma maior atenção às políticas públicas em Saúde Mental que levassem em consideração a multidisciplinaridade envolvida e que permeia esses dois âmbitos.

Pinho & Kantorski (2011), após também fazerem um breve resgate histórico da loucura, dão importância ao processo saúde/doença, ao qual tem suas origens juntamente com os saberes científicos da Medicina. A conduta não-permissiva do asilamento abriu espaço para um tratamento baseado na disciplina, na obediência a todo custo, onde o cuidador tem poder total e pleno sobre aquele que é cuidado.

O indivíduo institucionalizado perde totalmente sua liberdade como sujeito, como ser humano, seus desejos são postos de lado, pois são conflitantes com a conduta inflexível que a instituição adota. O indivíduo se vê obrigado a seguir uma rotina que não é a dele, mas sim uma rotina imposta e sem qualquer preocupação com sua autonomia e/ou subjetividade. Dessa maneira, o sujeito vai perdendo gradativamente sua identidade, não tem voz dentro da instituição pois sua vontade não é ouvida e nem levada em consideração.

Os autores trazem, ainda, que existem três considerações que são estruturalizantes nas mudanças em Saúde Mental. A primeira delas é o fenômeno da desinstitucionalização psiquiátrica, seguido da gradual aceitação de que o cuidado em Saúde Mental pode ser dar dentro da própria sociedade e, por último, o crescimento da consciência social acerca da importância do tema que estimula cada vez mais a criação de políticas públicas para os sujeitos em sofrimento mental.

Ao se falar em um cuidado em Saúde Mental é preciso atentar para não ficar-se somente atrelado aos aspectos teóricos e conceituais desse assunto, mas sim uma constante tentativa de desenvolver o próprio cuidado, de produzi-lo por si só.

É preciso pensar além dos aspectos mecanicistas que envolvem as doenças mentais, é um esforço contínuo dentro da política para que essa se mobilize e atente para essas questões, é pensar em estratégias de acolhimento desses sujeitos, é o aprendizado diário que leva em consideração a subjetividade e especificidade de cada um. A própria Reforma Psiquiátrica não surgiu somente com o objetivo de criticar os modelos adotados anteriormente da mesma, mas toda reforma tem como premissa ser uma crítica, mas, ao mesmo tempo, de poder ser criticada.

No artigo de Carvalho et al (2008), os autores evidenciam ainda o grande predomínio da cultura biomédica e da “verticalização da assistência”. O diagnóstico passa a ser visto como uma rotulação desses sujeitos e a designação “paciente” como aquela pessoa que está inserida em um contexto biomédico de forma passiva, o que acaba gerando a “despersonalização” do indivíduo.

O cuidado não pode e não deve ser interpretado somente como uma maneira de obtenção de cura ou com o objetivo de obter-se sucesso com um tratamento. Existe um risco do profissional de saúde achando que está em plena prática do cuidado em Saúde Mental cometer erros de interpretação, tais como considerar o cuidado puramente como minimização da dor do paciente, ou seja, objetificá-lo como somente uma pessoa com transtorno mental e com necessidade de cura.

Não pode haver o esquecimento do cuidado-de-si, a própria gênese do cuidado, já que o profissional necessita ter esse primeiro cuidado dele mesmo para, somente então, cuidar de outrem. Entretanto, esse cuidado não pode atrelar-se a atitudes individualistas que visam unicamente uma isenção de culpa daquele que presta o serviço.

Segundo os autores Carvalho et al (2008, p. 704):

Cuidar do outro como uma dimensão ética é uma exigência que precisa ser vivenciada por quem cuida e implica “o não-exercício de um saber ou de um poder sobre o outro”, que possam transformá-lo

na ordem do idêntico, “domesticá-lo” ou adaptá-lo, segundo os preceitos e expectativas institucionais.

Já é sabido que a família e o contexto social do sujeito em sofrimento mental são de suma importância para o cuidado do mesmo. A reabilitação psicossocial também tem sua significativa parcela nos processos de cuidado, daí a importância dos CAPs e de outras medidas que visam a integração social do sujeito.

Para Cardoso & Galera (2010), “o cuidado em saúde mental é decorrente de uma intrínseca relação entre os serviços de saúde, seus profissionais, o paciente e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico.” A integralidade dos serviços de saúde dentro da Saúde Mental é algo que precisa estar constantemente em pauta e em desenvolvimento, uma vez que somente uma intercomunicação entre os setores da saúde e seus diversos profissionais pode contribuir de forma positiva para a reabilitação do indivíduo.

Após décadas de lutas políticas e ideológicas dentro do âmbito da Saúde Mental muitas conquistas foram alcançadas, entretanto ainda é possível detectar déficits no que concerne ao tratamento dos indivíduos em sofrimento mental. Uma das explicações para a ocorrência desse fenômeno é a existência de diferentes formas de visão e concepção da loucura, onde cada vertente tem sua própria interpretação a ser dada dentro do grande leque das concebidas doenças mentais.

Ao se fazer um breve resgate do que é a loucura propriamente dita, surgirão diversos estudos ao longo dos anos com o objetivo de adentrar esse campo difuso que é o campo da Saúde Mental, como é caso de Foucault que teve grande destaque nessa área, inclusive com seu famoso “História da Loucura”.

Além disso, sempre houve um lugar reservado para a loucura no imaginário social, característica essa que tem remanescência nas concepções religiosas, mitológicas, psicológicas e em diversas outras qualidades interpretativas que surgiram ao longo dos séculos a fim de tentar dar uma explicação à loucura (DALMOLIN, 2006).



Atualmente, após a Reforma Psiquiátrica, a Saúde Mental tem se dividido em dois grandes âmbitos, o âmbito Psicossocial e o concebido como Orgânico, pertencente à Psiquiatria, mesmo apesar da constante tentativa de cada vez mais compreender a doença mental como um processo que não deve somente pertencer à prática médica e psiquiátrica, ao qual a medicalização e o tratamento dos sintomas devem ser interpretados como instâncias secundárias.

Todavia, é possível dizer que a Psiquiatria ainda atua fortemente no tratamento e delimitação das doenças mentais, pois é a mesma que detém o discurso científico, ou seja, o tipo de discurso que é considerado impassível de questionamentos segundo várias concepções sociais.

A chamada Psiquiatria tradicional vai cada vez mais de encontro às verdadeiras missões e lutas da Reforma Psiquiátrica, essa última como sendo uma tentativa de enxergar um novo cuidado em Saúde Mental, livrando-se das amarras normatizadoras e das imposições que muitas vezes a Psiquiatria impõe aos doentes mentais.

Quando a Psiquiatria se faz presente o que ocorre é uma desautorização e uma deslegitimação do louco sobre a loucura, onde quem tem o direito e a autoridade pra falar sobre a loucura é quem não vivencia a mesma, aquele que está de fora do sofrimento.

A busca da cura a qualquer preço é uma das características mais marcantes desse tipo de visão orgânica do sofrimento mental, objetiva-se sempre o reestabelecimento do estado de pleno gozo de todas as faculdades mentais e biológicas do indivíduo. E, para isso, a Psiquiatria mune-se de vários discursos que têm como premissa principal a obtenção da cura.

Assim como Foucault (1984) questiona-se em “A Microfísica do Poder”, qual seria esse processo de cura, “o movimento pelo qual o erro se dissipa e a verdade novamente se faz ver?” Dessa maneira, então, a loucura seria um estado permanente de erro ao qual o indivíduo se encontra, ao qual ele precisa retornar à lucidez que se encaixa em uma moral estabelecida socialmente.

Há um certo tipo de conduta aceita pela sociedade que é considerada a ideal para que todos a sigam, uma espécie de padronização das relações interpessoais, onde aquele que caminha fora dessa delimitação é considerado insano e até mesmo uma representatividade de periculosidade social, como a loucura foi vista por muitos anos e como ainda restam resquícios desse tipo de pensamento.

Ainda tratando-se da Psiquiatria tradicional, de uma visão mais organicista e naturalista acerca do mundo das doenças mentais, é possível dizer que há o predomínio básica e unicamente do caráter biológico da doença em si, ocorrendo uma verdadeira patologização dos vários sofrimentos mentais, o que acaba por acarretar uma série de consequências negativas tanto para os indivíduos em sofrimento, como para todos os ideais de antipsiquiatrização que a Reforma Psiquiátrica veio lutando e pregando ao longo dos anos.

Ainda segundo Foucault (1984), ao falar das relações de poder dos médicos dos antigos asilos para alienados para com seus pacientes, o saber médico, mais precisamente a Psiquiatria, é “aquele que pode dizer a verdade sobre a doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente.”.

Esse estabelecimento de relações de poder da lucidez sobre a loucura acaba colocando o indivíduo em sofrimento mental em uma posição exclusivamente de expectador da própria doença, inteiramente sujeito às práticas e aos saberes médicos, tornando o personagem médico, como diz Foucault (1984), o “mestre da loucura”, ou seja, “aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de tê-la sabiamente desencadeado”.

Os movimentos antipsiquiátricos surgem exatamente desse entendimento de que o médico pode ser o responsável pela manifestação e o desencadeamento da doença mental, já que o mesmo detém, sob aspectos consensuais, o domínio sobre a doença em si. Esse fenômeno remete à descoberta de Pasteur ao qual revelou que os médicos também podem transmitir as doenças que deveriam curar. No caso

do rol das doenças mentais, isso se daria em consequência do estabelecimento do poder médico e da visão mecanicista da doença mental.

A antipsiquiatria, portanto, constitui-se em uma dura crítica ao conservadorismo de poder que a Psiquiatria propõe como forma de tratamento e é, inclusive, uma crítica à própria despsiquiatrização, que nada mais é do que somente o deslocamento do poder-saber médico para outro profissional, como seria o caso da Psicanálise, apesar da mesma ter tido avanços quando se faz uma comparação com a Psiquiatria, e também da Psicofarmacologia.

A Reforma Psiquiátrica tem praticamente o dever de ser entendida como a negação ao modelo hospitalocêntrico tradicional, que em seu âmago tem o objetivo de realizar uma verdadeira higienização das cidades, já que o doente mental, dentro dessa visão, é considerado como um indivíduo que representa perigo à sociedade, um risco aos cidadãos considerados sãos. A relação tutelar que isso representa, onde o louco tem que ser internado para poder ser controlado, é a total contraposição das lutas ideológicas que a Reforma pregou e prega até hoje, é a negação dos direitos básicos do indivíduo em sofrimento mental, à sua autonomia, a ser tratado segundo suas especificidades e subjetividades.

Entretanto, não é possível culpar somente a Psiquiatria por ser responsável pela marginalização do doente mental, mas há toda uma construção social em volta dessa problemática. O doente mental ainda é visto por muitos como uma pessoa perigosa, onde em momentos de crise é preciso que todos se afastem dele, já que há o entendimento de que esse indivíduo é capaz de fazer qualquer coisa, cometer qualquer ato de insanidade.

Como Foucault (1972) disse na “História da Loucura”, o louco passou a ser excluído do convívio social a partir do momento que começou a ser considerado inadequado à vida social. A partir desse momento, então, o louco passou a ser objeto de estudo da medicina, inclusive com medidas classificatórias, como é o caso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders* – DSM), realizado de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, que atualmente já está na sua quinta edição.

Situações como é o caso do DSM conjugam-se como medidas de rotulação, normatizadoras e classificatórias dos transtornos mentais, já que julgam e fazem a separação do que é normal para o que é anormal. Além disso, essa classificação, simplória se analisada sob o aspecto sociocultural, não leva em consideração o contexto social ao qual indivíduo está inserido, dando importância somente aos sintomas e, assim, padronizando e colocando todos os indivíduos que apresentam a sintomatologia de determinada doença mental como iguais uns aos outros, sem distinção de tratamento.

O foco nos sintomas e na doença é uma prática antiga que somente tem por finalidade os processos curativos, ou seja, o reestabelecimento daquele estado que é considerado normal ao indivíduo, o estado de não-doença, de uma dita normalidade completa. Entretanto, é preciso levar em consideração a cada vez maior desvalorização do modelo hospitalocêntrico e médico-centrado, onde a saúde social e coletiva tem extrema importância e está ganhando seu espaço entre os modelos tradicionais e obsoletos.

Mas, ainda assim, os preceitos e as verdadeiras concepções da Reforma Psiquiátrica não podem ser esquecidos. É preciso lembrar que essa não foi uma luta somente de caráter político, mas sim uma real reconstrução das práticas e dos saberes em relação ao doente mental, uma nova forma de enxergar o indivíduo em sofrimento e não somente classificá-lo como portador dessa ou daquela doença.

A libertação dos conceitos da Psiquiatria tradicional deve ser vista de forma prioritária, onde o foco passa a ser o sujeito, sendo ele ator da própria mudança, e não mais somente a doença em si, sem nenhuma e qualquer correlação com o meio social e familiar daquele cidadão.

Os saberes inquestionáveis e universalizantes da psiquiatria constituem um verdadeiro status social aos médicos, já que esses são considerados os únicos detentores do conhecimento. A negação a esse modelo é a negação à rotulação, à concepção de que a loucura é somente uma disfunção orgânica que basta ser tratada com medicamentos ou até com o isolamento, uma negação à retirada e ao tolhimento das identidades dos sujeitos.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após as várias determinantes relatadas nesse trabalho, é possível dizer que a relação saber-poder entre o especialista, ou seja, o médico ou qualquer outro profissional que detenha o conhecimento referente a essa área e aquele sujeito considerado louco, ainda é um dos principais vieses que o âmbito da Saúde Mental enfrenta e tem o dever de transpor.

A construção de verdades sobre a loucura, onde apenas um grupo é o detentor dessa verdade, tem como consequência a taxaço da pessoa louca como objeto, puro e simples, ignorando, dessa maneira e por completo, todas as suas individualidades. Alimentando, assim, uma verdadeira transformação da pessoa em uma “não-pessoa”, havendo uma negação às suas subjetividades.

Na tentativa de expurgar todos os resquícios do pensamento que coloca a loucura como o mal da humanidade, começam, portanto, a surgir os movimentos das antipsiquiatrias, isto é, movimentos que questionam exatamente a relação de poder-saber que muitas vezes impera dentro das concepções e construções sociais.

Sendo assim, uma das novas possibilidades e propostas de enxergar a loucura é a Psicanálise que devolve à pessoa o estatuto de sujeito, pois volta a apresentar uma preocupação para com suas subjetividades e experiências individuais. A Psicanálise mostra que o real e o irreal são inseparáveis e que não pode haver uma dissolução entre o pensamento e desejo. Entretanto, a crítica feita à essa área seria de que a mesma ainda vê a loucura como algo inscrito na mente, ocorrendo uma essencialização da doença, um mero objeto que precisa ser tratado

Para fugir a esses tipos de tolhimentos dos sujeitos em sofrimento mental, é preciso dar voz a esses indivíduos, devolver-lhes o estatuto de pessoa. E, para tal, a criação de políticas públicas voltadas para esse público torna-se cada vez mais uma medida imprescindível para garantir o resguardo e a atenção para tais pessoas.

É preciso que haja uma luta e um enfrentamento cada vez maior ao modelo hospitalocêntrico com seus tratamentos somente centrados nos hospitais, além da negação à medicalização e à patologização da loucura, o que se deve a uma psiquiatrização e uma psicologização de comportamentos que poderiam ser tidos como normais em outras sociedades, mas que dentro de contextos históricos e

culturais muito pertencentes a nossa sociedade ocidental, são considerados como manifestação da loucura.

O que ocorre é uma definição de fronteiras entre aquilo que é padronizado socialmente e aquilo que sai do padrão e é, por conseguinte, patologizado e estigmatizado. Essa prática, em especial na Saúde Mental, leva o indivíduo a perder sua identidade como sujeito, como alguém que tem gostos, vontades, valores, etc., causando-lhe, muitas vezes, a morte literal de seu corpo, como também uma espécie de morte simbólica, onde matam-se todos seus sonhos e desejos. A institucionalização também vem com esse papel de algoz desses sujeitos.

A instituição de internação para loucos, aquela concebida nos moldes ditos como necessários para prover o melhor tratamento a essas pessoas, tem o mesmo peso de uma chamada instituição social, ou seja, uma instituição concebida no imaginário social que tem seus tijolos erguidos por um sistema de privilégios e castigos pré-concebidos, onde quem tem o papel de vigiar e punir é a própria sociedade, que respalda a si mesma e dá-se o direito de normatização daquilo que considera aceitável.

Entra aí, portanto, o papel das legislações que têm como objetivo devolver a essas pessoas o estatuto de pessoa novamente, retirá-la ocupação de não-pessoa no mundo. E, partindo-se dessa premissa, no mundo inteiro surgiram movimentos de caráter reformatório, como é o caso da Reforma Psiquiátrica, para lutar contra e principalmente questionar a forma de se pensar a Saúde Mental.

A preocupação, atualmente, deve ser no que diz respeito ao deslocamento do modelo hospitalocêntrico e/ou asilar para modelo de base comunitária, além da importância da Política Nacional de Saúde Mental, ocorrendo uma mudança de paradigmas que devem acompanhar as mudanças na legislação pertinente e até mesmo no próprio Código Penal.

É imprescindível que haja um questionamento da ideia de noção de periculosidade do louco, além da ideia da centralidade de algum tipo de tratamento somente focado no médico, necessitando, assim, de uma atenção multidisciplinar, como é caso das próprias Residências Terapêuticas, os CAPs, Centros de

Convivência e outros sistemas de tratamento substitutivos. Configurando, em última instância, uma tentativa de aproximar o indivíduo em sofrimento psíquico da sociedade e da comunidade ao qual ele pertence, assegurando sua reinserção social.

O que se deve buscar não é a punição e a vigilância, mas sim um cuidado em Saúde Mental que propicie o melhor e mais adequado tratamento psicossocial de acordo com a demanda.

A importância da Saúde Coletiva nesse aspecto seria exatamente a de planejar e prover a atenção psicossocial que deve ser dada no âmbito do SUS, o que pode ser articulado com a criação de portarias que contemplem as necessidades desses indivíduos, como é o exemplo da criação e implementação dos serviços residenciais terapêuticos, medidas essas sempre adequadas ao que está preconizado na Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, a lei orgânica da saúde.

Por fim, haver uma frequente tentativa de sair de um modelo hospitalar para um modelo de base comunitária, o que ainda é uma luta recente e que por isso está dando seus primeiros passos. O papel do gestor tem sua maior relevância na garantia da implementação de todas as políticas públicas relacionadas e na tentativa de repensar como se deve dar a atenção psicossocial nos próprios centros de saúde, ou seja, na Atenção Básica.

## **BIBLIOGRAFIA**

ALVES, D. S. & GULJOR, A. N. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. **Cuidado, as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2008. p. 223-242.



AMARAL, J. J. F. **Como fazer uma pesquisa bibliográfica**. Universidade Federal do Ceará: 2007.

AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994. 203 p.

\_\_\_\_\_. (1996) O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008. 142 p.

BARROS, S. et al. **Práticas inovadoras para o cuidado em saúde**. Rev. Esc. Enferm., 41(Esp): 815-819, São Paulo, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

CAMARGO JR, K. R. de. Epistemologia uma hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. **Cuidado, as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2008. p. 159-172.

CAMPOS, R. O. & BACCARI, I. P. **A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental**: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. Ciência & Saúde Coletiva, 16(4): 2051-2058, São Paulo, 2011.

CARDOSO, L. & GALERA, S. A. F. **O cuidado em saúde mental na atualidade**. Rev. Esc. Enferm., 45(3): 687-691, São Paulo, 2010.

CARVALHO, L. B et al. **Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços.** Rev. Saúde Pública, 42(4): 700-706, 2008.

CAVALCANTI, M. T. **A Reforma Psiquiátrica brasileira:** ajudando a construir e a fortalecer o Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, 24(9):1962-1963, Rio de Janeiro, 2008.

COSTA, A. A fábula de Higino em Ser e tempo: das relações entre cuidado, mortalidade e angústia. In: MAIA, M. S. (org.). **Por uma ética do cuidado.** Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2009. p. 29-51.

DALMOLIN, B. M. **Esperança equilibrada:** cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006. 214 p.

ESTELLITA-LINS, C. et al. **Clínica ampliada em saúde mental:** cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1): 205-215, Rio de Janeiro, 2009.

FERREIRA, M. S. de C. & PEREIRA, M. A. O. **Cuidado em saúde mental:** a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia. Rev. Bras. Enferm., 65(2): 317-323, Brasília, 2012.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder.** Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1984. 111 p.

\_\_\_\_\_. **História da Loucura na Idade Clássica.** Ed. Perspectiva, São Paulo, 1972. 608 p.

GONÇALVES, A. M. & SENA, R. R. de. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil:** contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev. Latino-Am Enfermagem, 9(2):48-55, 2001.

GOULART, M. S. B. **A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica.** Pesq. e Práticas Psicossociais, 1(1), 2006.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):297-305, 2009.

MARCONI, M. de A. & LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Ed. Atlas, 1992. 310 p.

MARI, J. de J. **Um Balanço da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(12):4590-4602, 2011.

MUCHAIL, S. T. **Foucault, mestre do cuidado: textos sobre A hermenêutica do sujeito.** São Paulo: Edições Loyola, 2011. 135 p.

PINHEIRO, R. & GUIZARDI, F. G. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. **Cuidado, as Fronteiras da Integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2008. p. 23-38.

PINHO, L. B. de & KANTORSKI, L. P. **Psychiatric care in the Brazilian context.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(4): 2107-2114, 2011.

PLASTINO, C. A. A dimensão constitutiva do cuidar. In: MAIA, M. S. (org.) **Por uma ética do cuidado.** Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2009. p. 53-87.

RODRIGUES, W. C. **Metodologia científica.** Paracambi: FAETEC/IST, 2007.

TÍLIO, R. de. **“A querela dos direitos”:** loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. Paidéia, 17(37): 195-206, São Paulo, 2007.

TRAINA, A. J. M. & TRAINA JUNIOR, C. **Como fazer pesquisa bibliográfica.** In: SBC Horizontes, São Paulo: 2(2): 30-35, 2011.

VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec Editora, 2010. Resenha de: VALADARES, F. C. Ciência & Saúde Coletiva, 18(2), Rio de Janeiro, 2013.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010. 192 p. Resenha de: NICACIO, E. Cad. Saúde Públ., 27(3):611-614, Rio de Janeiro, 2011.